**NEUTROPENIES CHRONIQUES**

Je déclare avoir informé mon patient pour le passage de son dossier en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire. Ses données de santé sont sous la responsabilité du centre de référence et sont susceptibles d’être réutilisées dans le cadre de la recherche. Elles pourront être partagées avec d’autres professionnels de santé à des fins de prise en charge diagnostique et thérapeutique. Le patient a bien été informé de son droit d’accès, d’opposition, de rectification et d’effacement de ces données.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MEDECIN REFERENT** | Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Tél. : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Email :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | **DATE DE LA DEMANDE** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.  1er avis N° Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| **STATUT** | Généraliste ville | Spécialiste ville | | | Médecin hospitalier |
| **NOM DE L’HOPITAL-**  **SERVICE** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | **VILLE** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| **TYPE DE RECOURS** | Téléphone | Email | | | Consultation |
| **MRNO (réservé au registre)** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PATIENT** | | | | |
| **NOM D’USAGE** |  | **PRENOM** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **DATE DE NAISSANCE** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **SEXE** | F M |
| **AGE DU PATIENT** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. ans mois | **SECURITE SOCIALE FRANÇAISE** | Oui Non |
| **LIEU DE NAISSANCE** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **COMMUNE DE RESIDENCE** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **PAYS DE NAISSANCE** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **PAYS DE RESIDENCE** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |
| --- |
| **CONTEXTE** |
| Préciser NFS / myélogramme / anticorps :  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| **AVIS DEMANDE** | |
| **AVIS DEMANDE** | Diagnostic Thérapeutique Autre |
| **QUESTION POSEE** | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **AVIS DE LA RCP** | | | |
| **COMMENTAIRES DE LA RCP** | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES REFERENTIELS PERMETTANT DE DOCUMENTER L’AVIS DE** | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **PARTICIPANTS** | Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| **RESPONSABLE DE LA RCP** | Cliquez ici pour taper du texte. | **DATE DE LA RCP** | Cliquez ici pour taper du texte. |

**Centre de référence des neutropénies chroniques**

**Affilié à la filière de santé maladies rares immuno-hématologiques MaRIH**

Tél. : 01.44.73.53.14 – Fax. : 01.44.73.65.73 – Email : [jean.donadieu@aphp.fr](mailto:jean.donadieu@aphp.fr)

[www.neutropenie.fr](http://www.neutropenie.fr)

Version du 26 mars 2020